

اثر بخشی آموزش مبتنی بر رویکرد التقاط گرای فنی در تاب آوری و خودکارآمدی بیماران مبتلا به وسواس - بی اختیاری هم ابتلا به افسردگی^۱

لیلا چرایبی

دانشجوی دکتری دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سنندج

دکتر سعیده بزازیان

استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ابهر (نویسنده مسئول) : sbazzazian@gmail.com

دکتر مجتبی امیری مجد

استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ابهر

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ دریافت: خرداد ۹۴

تاریخ پذیرش: مهر ۹۴

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش مبتنی بر رویکرد التقاط گرای فنی بر افزایش تاب آوری و خود کار آمدی بیماران مبتلا به وسواس - بی اختیاری هم ابتلا به افسردگی بود. در این مطالعه شبه تجربی، از بین ۶۰ نفر از مراجعان یکی از کلینیک های روان پزشکی شهر تهران با تشخیص وسواس^۰ بی اختیاری، ۲۴ نفر انتخاب شده، ۱۲ نفر در گروه آزمایشی و ۱۲ نفر در گروه دارو درمانی جایگزین شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه تحت آموزش مبتنی بر رویکرد التقاط گرای فنی قرار گرفتند. هر دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون مقیاس تاب آوری کانر و دیوید سون (۲۰۰۳) و مقیاس خود کار آمدی عمومی (شرر و دیگران، ۱۹۸۲) را تکمیل کردند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان دادند که آموزش بر مبنای رویکرد التقاط گرای فنی موجب افزایش خودکارآمدی بیماران وسواس^۰ بی اختیاری شده است ($P < 0/05$) اما این رویکرد در افزایش تاب آوری بیماران وسواس^۰ بی اختیاری تاثیر معناداری نداشته است. یافته های این پژوهش می تواند در تلوپحات کاربردی بالینی رویکرد التقاط گرای فنی بر خود کار آمدی بیماران مبتلا به وسواس بی اختیاری هم ابتلا به افسردگی موثر باشد.

واژه های کلیدی: وسواس فکری - عملی، خودکارآمدی، تاب آوری، رویکرد التقاط گرای فنی، افسردگی، هم ابتلا

^۱ - این مقاله بر گرفته از پایاننامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره و راهنمایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر است.

مقدمه

اختلال وسواس^۱ بی اختیاری^۱ (OCD) و اختلالات مرتبط با آن، در طبقه بندی DSM-V از طبقه اختلالات اضطرابی جدا شده و شامل اختلالاتی است که در DSM-IV تحت عنوان اختلالات اضطرابی، اختلالات شبه جسمی و اختلالات کنترل تکانه که به گونه ای دیگر طبقه بندی نشده اند، مطرح شده است (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳). این بیماری چهارمین اختلال روان پزشکی شایع در آمریکا محسوب می شود و شیوع آن بین ۰/۵-۱/۵ درصد برآورد شده است. سازمان جهانی بهداشت این اختلال را به عنوان دهمین علت بر جسته ناتوانی معرفی کرده است که به صورت ناتوانی در عملکرد اجتماعی و کیفیت پایین زندگی نمایان می شود (فیشر و ولز، ۲۰۰۸). مطالعات انجام شده در ایران نیز این اختلالات را جزء شایع ترین اختلالات روانپزشکی یافته اند (عبدالله زاده، جوانبخت و عبدالله زاده، ۱۳۹۰). سن شروع اختلال اغلب تا ۳۵ سالگی گزارش شده است (واقعی، رجب دیزاندوندی، کردی و ابراهیم زاده، ۱۳۹۲).

بیماران مبتلا به وسواس بی اختیاری با باورهای منفی درباره نگرانی مشخص می شوند که این باورها با شدت وسواس مرتبط بوده و نیاز بالا به کنترل تفکرات را ایجاد می کنند (موریتس، پیترز، لاری و لینکلن، ۲۰۱۰). مقابله با تغییرات مبهم زندگی، چالشهای سخت و باورهایی که شخص درباره خود و پدیده های پیرامونی کسب می کند، از جمله مواردی است که شخص مبتلا به وسواس بی اختیاری را دچار اغتشاش فکری می کند، که به صورت رفتارهای تکراری و زاید و نشخوار فکری^۲ بروز می دهد (کلارک، ۲۰۰۴). در واقع به نظر می رسد بیماران مبتلا به وسواس بی اختیاری تعادل و یکپارچگی فکر و رفتار خود را از دست می دهند. این افراد وقتی دچار استرس می شوند احساس ناتوانی می کنند و ادامه تهدید فرد را به سوی درماندگی و رفتارهای وسواس گون می کشاند (خوشنویسان و افروز، ۱۳۹۰).

امروزه هم ابتلایی، یکی از مباحث جدی در آسیب شناسی وسواس است. نتایج تحقیقات حاکی از آن است ۶۰٪ تا ۸۰٪ افراد مبتلا، به جز اختلال وسواس دارای اختلالات روان پزشکی دیگری نیز هستند (احمدی اردکانی و دیگران، ۱۳۸۶)؛ اسکویس، سامسون، سیمپسون و ون ویریسویک، ۲۰۱۵). هم ابتلایی های روانپزشکی می تواند سبب وخیم تر شدن سیر اختلال گردد، افسردگی از جمله شایع ترین اختلالهایی است که با اختلال وسواس^۱ بی اختیاری فکری عملی هم پوشی دارد. این افراد بیش از دیگران گرایش به افسردگی دارند و طبق تحقیقات صورت گرفته، خلق افسرده نه تنها به ازدیاد و تشدید افکار ناخواسته منتهی میشود، بلکه سبب افزایش ناراحتی از این افکار نیز می گردد (کلی، استارچ، مرلو و جفکن، ۲۰۰۸). در همین زمینه افراد مبتلا به اختلال وسواس^۱ بی اختیاری هم ابتلا به افسردگی در رابطه با اعتقادات، شخصیت و ارتباطی که با محیط دارند همواره دچار اغتشاشهای ذهنی و رفتاری می شوند (بخشی پور، صادقی موحد، فرجی و نریمانی، ۱۳۸۹). یکی از مفاهیمی که می تواند در درمان وسواس^۱ بی اختیاری نقش داشته باشد خودکارآمدی است؛ «باور به اینکه من می توانم» و به اعتقادات فرد مبنی بر توانایی انجام رفتار در شرایط خاص اشاره دارد (اشنایدر و لوپز، ۲۰۰۲). نظریه خودکارآمدی بر این فرض مبتنی است که باور فرد در مورد توانایی مقابله او در موقعیت های ویژه بر الگوهای فکری، رفتاری و هیجانی انسان در سطوح مختلف تجربه شخصی تاثیرگذار بوده و تعیین کننده آن است که آیا رفتاری شروع خواهد شد یا خیر و اگر شروع شد فرد تا چه اندازه برای انجام آن تلاش خواهد کرد و چه مقدار از خود استقامت نشان خواهد داد (بندورا، ۲۰۰۶). تحقیقات نشان میدهند که خودکارآمدی عمومی با خوش بینی، حرمت خود، مهار درونی همبستگی مثبت و با اضطراب، افسردگی و روان آزردهگی همبستگی منفی دارد (اوگونیمی و مابکوجه، ۲۰۰۷) و به واسطه خودکارآمدی، حرمت به خود بر رضایت از زندگی تاثیر گذار است (حسین زاده، عزیزی و توکلی، ۱۳۹۳).

Obsessive Compulsive Disorder^۱

Thought rumination^۲

سازه دیگری که در درمان اختلالات مختلف از جمله وسواس بی اختیاری می تواند نقش داشته باشد تاب آوری است. این مفهوم که از علوم طبیعی وارد ادبیات روانشناسی شده است (میلر و دیگران^۱، ۲۰۱۰؛ نقل از قاسم و حسین چاری، ۱۳۹۱)، عبارت است از سازش موفقیت آمیز فرد به رغم وجود تهدید و شرایط نامطلوب محیطی. در تعریف دیگری از رزینیک (۲۰۱۰) تاب آوری به ظرفیت بازگشت از چالشهای اجتماعی، مالی و یا هیجانی، به تعادل مجدد اطلاق شده است. در واقع تاب آوری یک فرآیند توانایی یا پیامد سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (والر، ۲۰۰۱). تاب آوری، صرف مقاومت منفعل در برابر آسیب ها یا شرایط تهدید کننده نیست بلکه، فرد تاب آور، مشارکت کننده فعال^۲ و سازنده با محیط پیرامونی خود دارد. تاب آوری قابلیت فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی- معنوی، در مقابل شرایط مخاطره آمیز می باشد (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). نتایج تحقیقات مختلف حاکی از اثربخشی آموزش تاب آوری بر استفاده از راهبردهای مقابله موثر مانند راهبردهای فعال، جستجوی حمایت اجتماعی، خود دلگرم سازی و افکار مثبت و کاهش افسردگی، راهبردهای منفعلانه و اجتماعی (استنسا، هیجر و استالن، ۲۰۰۷؛ استینهارد و دولبیر، ۲۰۰۸) و افزایش بهزیستی روان شناختی (دوستی، پور محمدرضای تجربی و غباری بناب، ۱۳۹۳) است.

التقاط گرایی در ساختار نظام نظری به معنای انتخاب و ترکیب منظم ویژگیهای همخوان از منابع متفاوت و گاهی اوقات حتی از نظریه ها و نظامهای ناهمخوان، یعنی تلاش برای پیدا کردن عوامل ارزشمند در تمام نظریه ها و ترکیب آنها در کلیتی هماهنگ است. رویکرد التقاط گرایی فنی بدون تاکید بر مواضع نظری رویکردی خاص، مجموعه ای از فنون را از رویکردهای مختلف انتخاب می کند (انگلیش و انگلیش^۳، ۱۹۵۸؛ نقل از پروچسکا و نورکراس، ۲۰۰۷). از این رو، رویکرد التقاط گرایی فنی بیش از اینکه یک نظام یا روش باشد، نوعی رویکرد درمانی تلقی می شود که از همه نظریه ها و راهبردها و فنون اثر بخشی مشاوره و روان درمانی بهره می گیرد (ساعتچی، ۱۳۷۷). بسیاری از محققان نیز مزایای گسترش یک رویکرد متفاوت تلفیقی را خاطر نشان ساخته اند؛ چرا که نظریه واحد نمی تواند در تمام موقعیتهای و برای همه افراد به اندازه کافی جامع باشد. التقاط گرایی فنی نشان دهنده دانش رو به رشد درمانگر از بیمار و پویایی شناسی تغییرات درمانی است (درک و گرین، ۲۰۱۴).

نظر به این که بیماران مبتلا به وسواس بی اختیاری هم ابتلا به افسردگی، نیاز به طیفی از فنون برای بهبودی دارند و باید به توجه به اختلال وسواس بی اختیاری و افسردگی، محتوای متناسب هر دو اختلال برای انجام مداخله انتخاب شود، بنابراین این پژوهش با بکارگیری رویکرد التقاط گرایی فنی با تاکید بر فنون رویکردهای تحلیل تبدالی، فراشناخت و معنا درمانی، از بکارگیری یک تکنیک صرف فراتر رفته و با تاکید بر خودکارآمدی و تاب آوری، آموزش مبتنی بر رویکرد التقاط گرایی فنی را طراحی کرد. بنابراین، در راستای این هدف کلی، پژوهش حاضر در صدد بررسی اثر بخشی رویکرد التقاط گرایی فنی بر خود کار آمدی و تاب آوری بیماران مبتلا به وسواس بی اختیاری هم ابتلا به افسردگی بوده است.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه شبه آزمایشی با طرح پیش ازمون و پس ازمون با دو گروه (آزمایش و دارودرمانی) است. جامعه آماری این تحقیق شامل ۶۰ نفر از بیماران زن بیماران مبتلا به وسواس بی اختیاری هم ابتلا به افسردگی بوده که از آبان ماه ۱۳۹۰ تا آبان ماه ۱۳۹۱ به کلینیک روانپزشکی آریا در شهر تهران مراجعه کرده اند. از میان این بیماران تعداد ۲۴ نفر به

¹. Miller, F., Osbhr, H., Boyd, E., Thomalla, F., Bharwani, S., Ziervogel, G., & Waker, B.
.Active participant

¹. English, G., & English, A. P.

صورت در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی به گروه آزمایشی (۱۲ نفر) و گروه دارودرمانی (۱۲) نفر اختصاص یافتند. لازم به ذکر است نمونه پژوهش طبق نظر پزشک متخصص مرکز روانپزشکی، بر اساس معیارهای DSM-V و مصاحبه تشخیصی و شرح حال بیماران، واجد معیار تشخیص وسواس بی اختیاری همراه با افسردگی بودند. لازم به ذکر است میانگین سنی آزمودنیها ۳۳،۲۶ بوده و از نظر سطح تحصیلات ۴ نفر زیر دیپلم (۱۷،۴٪) و ۶ نفر دیپلم (۲۶،۱٪) و ۱۳ نفر لیسانس (۵۶،۵٪) بوده اند. در این پژوهش از مقیاس خودکارآمدی عمومی^۱ (شرر و دیگران، ۱۹۸۲) و مقیاس تاب آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳)^۲ استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

مقیاس خودکارآمدی عمومی: این پرسشنامه، توسط شرر و دیگران (۱۹۸۲) تهیه گردید. ماده های آزمون برای اندازه گیری انتظارات کارآمدی در زمینه های عمومی تدوین شده است. این مقیاس دارای ۱۷ جمله است که در طیف ۵ درجه ای نمره گذاری می شود. براتی (۱۳۷۶؛ نقل از کرامتی، ۱۳۸۰) جهت بررسی قابلیت اعتماد آزمون خودکارآمدی از روش دو نیمه کردن استفاده کرده است. قابلیت اعتماد آزمون از طریق روش دو نیمه کردن، ۰/۷۶ بدست آمده است. آلفای کرونباخ با همسانی کلی سوالات برابر ۰/۷۹ بدست آمده که رضایت بخش می باشد. در پژوهش کرامتی (۱۳۸۰) برای بدست آوردن قابلیت اعتماد از روش آلفای کرونباخ استفاده کرده است و ضریب پایایی ۰/۸۵ بدست آمده است.

مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC): این پرسشنامه را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ در حوزه تاب آوری تهیه کردند. تهیه کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب آور از غیر تاب آور در گروه های بالینی و غیر بالینی می باشد. این پرسشنامه شامل ۲۵ سوال بوده که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا ۵ (همیشه درست)، نمره گذاری می شود. کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۹ گزارش کرده اند. روایی این مقیاس، با استفاده از روش تحلیل عاملی، در ایران مورد تایید قرار گرفته و ضریب اعتبار مقیاس مذکور با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۳ گزارش شده است (سامانی، جوکار و صحراگرد، ۱۳۸۶).

بعد از نمونه گیری و انتخاب افراد مورد نظر، جمع آوری اطلاعات صورت گرفت. در ابتدا جلسه معارفه برگزار گردید. از کسانی که مایل به مشارکت بودند، رضایت نامه ای مبنی بر همکاری جمع آوری شد. سپس به اجرای پرسشنامه ها و برگزاری پیش آزمون پرداخته شد. برنامه آموزشی به شرح زیر طی ۱۲ جلسه در ۳ ماه به وسیله پژوهشگر اجرا شد. مدت زمان هر جلسه در دو وقت ۴۰ دقیقه ای همراه با ۱۰ دقیقه استراحت برگزار گردید.

برنامه آموزشی: در الگوی التقاط گرای این پژوهش ۴ محور زیر مورد تاکید بوده است. سازه خودکارآمدی: الف- خودآگاهی و ذهن آگاهی، شناسایی نیازها، خود تهیجی، خود سنجی ب- بازسازی شناختی باورها و افکار در رفتار، شناسایی نشخوار فکری، پایش تهدید، افکار مزاحم برانگیزاننده، شناسایی هیجانات و احساسات سازه تاب آوری: پ- راهبردهای کنار آمدن با اضطراب مهارتهای مقابله ای در جهت افزایش تاب آوری، خود تنظیمی ت- آموزش دلگرم سازی، جستجوی معنا، خود رهبری. شرح جلسات گروه درمانی به شیوه التقاط گرای فنی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱ اینجا بیاید

پس از اتمام جلسات، از هر دو گروه خواسته شد مقیاس خودکارآمدی و مقیاس تاب آوری را مجدداً تکمیل کنند. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفتند.

^۱ General Self-Efficacy Scale

^۲ Conner-Davidson Resilience Scale

یافته ها

شاخصهای توصیفی خودکارآمدی و تاب آوری به تفکیک گروه آزمایشی و دارودرمانی در پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرها به تفکیک گروه آزمایشی و دارو درمانی در پیش آزمون و پس آزمون

متغیرها	پیش آزمون		پس آزمون		پس آزمون		پس آزمون	
	گروه آزمایش		گروه دارودرمانی		گروه آزمایش		گروه دارودرمانی	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
خودکارآمدی	۱۱/۱۷	۴۵/۵۴	۱۲/۱۸	۴۶/۱۶	۱۲/۴۴	۴۵/۹۱	۱۲/۴۴	۴۵/۹۱
تاب آوری	۱۰/۲۳	۵۶/۶۳	۱۰/۵۲	۵۸/۰۸	۱۰/۷۹	۶۵/۶۶	۱۰/۷۹	۶۵/۶۶

نتایج جدول ۲ نشان می دهد میانگین نمره خودکارآمدی در گروه آزمایشی پس از آموزش در مقایسه با پیش آزمون بطور قابل توجهی افزایش یافته است در حالیکه میانگین گروه دارو درمانی تغییری نداشته است. مقایسه میانگین نمره تاب آوری در گروه آزمایشی در پیش آزمون و پس آزمون نشانگر تغییر قابل ملاحظه ای نیست. همچنین در گروه دارو درمانی نیز این تغییر قابل توجه نبوده است.

نتایج آزمون شاپیرو ویک^۱ حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرهاست (توزیع متغیر خودکارآمدی در گروه دارودرمانی (P=۰,۴۸۴, SH=۰,۹۳۹) و در گروه آزمایشی (P=۰,۲۴۹, SH=۰,۹۱۱) و در متغیر تاب آوری در گروه دارودرمانی (P=۰,۶۵۸, SH=۰,۹۵۱) در گروه آزمایشی (P=۰,۲۸۰, SH=۰,۹۱۵). همچنین نتایج آزمون لوین نیز نشان می دهد فرض برابری واریانسها در خودکارآمدی (p=۰,۷۷۳) و تاب آوری (P=۰,۹۵۰) برقرار است. پس از اطمینان از برقراری پیش فرضهای تحلیل کوواریانس فرضیه ها به شرح زیر مورد آزمون قرار گرفتند.

جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری خودکارآمدی و تاب آوری در دو گروه آزمایش و دارودرمانی

منبع اثر	SS	df	MS	F	sig	مجذور اتا
خود کارآمدی (پیش آزمون)	۲۶۸۳/۴۹۴	۱	۲۶۸۳/۴۹۴	۱۴۴۵/۴۹۸۵	۰/۰۰۰	۰/۸۷۸
گروه	۴۳۲/۳۴۰	۱	۴۳۲/۳۴۰	۲۳/۲۸۰	۰/۰۰۰	۰/۵۳۸
تاب آوری (پیش آزمون)	۲۰۵۸/۸۷۰	۱	۲۰۵۸/۸۷۰	۱۰۷/۵۹۵	۰/۰۰۰	۰/۸۴۳
گروه	۵۸/۳۲۵	۱	۵۸/۳۲۵	۳/۰۴۸	۰/۰۹۶	۰/۱۳۲

بعد از تعدیل نمرات پیش آزمون، تفاوت معنی داری بین دو گروه، (گروه آزمایشی و گروه دارو درمانی) در پس آزمون خودکارآمدی وجود داشت. این نتایج بیانگر تاثیر آموزش الگوی التقاط گرای فنی در خودکارآمدی بیماران است. همچنین

^۱.Shapiro-wilk test

ضریب تاثیر بدست آمده نشان می دهد ۵۳٪ از تفاوت‌های گروه ها در نمرات خودکارآمدی در پس آزمون، مربوط به تاثیر آموزش الگوی التقاط گرای می باشد (جدول ۳).

جهت آزمون تاثیر آموزش مبتنی بر رویکرد التقاط گرای فنی بر افزایش تاب آوری بیماران تحلیل کوواریانس انجام شد (جدول ۳). بعد از تعدیل نمرات پیش آزمون، تفاوت معنی داری بین دو گروه، (گروه آزمایشی و گروه دارو درمانی) در پس آزمون وجود نداشت. این نتایج بیانگر عدم تاثیر آموزش مبتنی بر رویکرد التقاط گرای فنی در تاب آوری بیماران مبتلا به وسواس بی اختیاری هم ابتلا به افسردگی است.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان دادند که آموزش مبتنی بر رویکرد التقاطی بر افزایش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به وسواس بی اختیاری موثر بود. نتایج به دست آمده همسو با نظر ولز (۲۰۰۵)، مبنی بر اینکه باورهای مثبت و منفی بیشترین ارتباط را با آسیب پذیری در اختلال وسواس^۱ بی اختیاری دارد، است. در همین راستا نتایج این فرضیه با یافته های کیم (۲۰۰۳) در زمینه ارتباط معنی دار بین احساس خودکارآمدی و تغییر در وضعیت روانی همسو است. از طرفی یافته های این پژوهش با یافته های تحقیقات مختلف (از جمله: خرم دل، نشاط دوست، مولوی، امیری و بایرامی، ۱۳۸۹؛ عبدالله زاده و دیگران، ۱۳۹۰؛ باباپور، پورشریفی، هاشمی و احمدی، ۱۳۹۱؛ شاره و فیروزآبادی، ۱۳۸۷؛ وایتلی - هیونتر، ۲۰۱۴) همسو می باشد. نتایج حاصله به شرح زیر قابل تبیین است: افراد مبتلا به وسواس^۱ بی اختیاری دارای باورهای ناکارآمد بنیادی هستند که باعث می شود دائما ارزیابی های منفی افراطی از خود داشته باشند. یکی از حوزه های این باورها، کمال گرایی و تحمل ناپذیری عدم قطعیت^۱ می باشد (OCCWG، ۲۰۰۵). این مطالعه با آموزش راهبردهایی چون خودآگاهی، پذیرش خود، نقش باورها و آشنایی با فنون خود سنجی و با درمیان گذاشتن تجارب مختلف گروهی، به ظرفیت سازی و ارزیابی واقع بینانه بیماران از ارزیابی های منفی افراطی و پدیدآیی وسواس کمک کرد. بشارت و میرجلیلی (۱۳۹۳) نیز معتقدند که نگرانی یکی از عناصر اختلال وسواس^۱ بی اختیاری در بیماران مبتلا به وسواس بی اختیاری محسوب میشود. آموزش مهارت ذهن آگاهی در تمامی جلسات به عنوان یک مهارت ارزشمند به آرامش کنترل افکار مزاحم در این بیماران کمک میکند (OCCWG، ۲۰۰۵؛ شاره، دولتشاهی و گاهانی، ۱۳۹۳). همچنین ذکر این نکات لازم است که آموزش، بجای تمرکز بر چالش با افکار مزاحم و باورهای ناکارآمد، متمرکز بر ارتباط با افکار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی و همچنین نظارت غیر قابل انعطاف بر تهدید را از بین ببرد. همچنین بخشی از آموزش این رویکرد، شناساندن تعاملهای اجتماعی ویرانگر و سبکهای ارتباطی بود. هدف از آموزش این مهارت، کمک به بازسازی راهبردهای اجتنابی و سرکوبگرانه ی این افراد به دلیل کنترل ناپذیر بودن افکارشان است (ولز و کارتر، ۲۰۰۱).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رویکرد التقاط گرای فنی در افزایش تاب آوری بیماران مبتلا به وسواس بی اختیاری هم ابتلا به افسردگی موثر نیست. یافته های این فرضیه با نتایج یافته های اسکھیل (۲۰۰۱) در یک راستا می باشد. آنها دریافتند که شرکت در برنامه تاب آوری باعث کاهش ناراحتی های روانشناختی افراد نشده و سلامت آنها را ارتقاء بخشیده است. ناواک (۱۹۸۹) نیز به این نتیجه رسید که سرسختی روانی با سلامت جسمانی همبستگی ندارد. اما یافته اخیر با نتایج پژوهشهای استینهارد و دولبیر (۲۰۰۸)، نونه و هستینگز (۲۰۰۹) و (ضمیری نژاد، گلزاری، برجعلی، حجت و اکبری، ۱۳۹۱) همسو نبود. در تبیین این یافته می توان گفت، طبق نتایج تحقیق ولز و کارتر (۲۰۰۱) کنترل ناپذیری افکار بیشترین سهم را در باورهای منفی، غیر قابل کنترل بودن خطر و افکار وسواسی دارد. بر همین مبنا به نظر می رسد این افراد

^۱ Intolerance of uncertainty.

^۲ Obsessive Compulsive Cognitions Working Group

در شرایط بازگشت به حالت تعادل بعد از تهدید، دچار به هم ریختگی افکار می شوند. به همین دلیل برای آموزش مهارت تاب آوری شاید بهتر باشد برنامه آموزشی مجزا طراحی شده و بر مواردی چون توانایی تعیین اهداف قابل دسترس، آشکار و واقعی، داشتن شبکه حمایتی و معنویت (مومنی و شهبازی راد، ۱۳۹۱) توجه شود.

در این پژوهش به دلیل محدودیت در شناسایی بیماران مبتلا به وسواس بی اختیاری هم ابتدا به افسردگی (به دلیل عدم مراجعه تمامی مبتلایان به مراکز درمانی)، استفاده از گروه گواه مقدر نبود. همچنین شدت بیماری، نوع و مدت درمان هایی که نمونه مبتلا به اختلال وسواس^۵ بی اختیاری پیش از شرکت در پژوهش دریافت کرده بودند، قابل کنترل نبود. با توجه به اینکه یافته های پژوهش حاضر اثر بخشی الگوی التقاط گرای فنی بر افزایش خود کارآمدی بیماران مبتلا به وسواس بی اختیاری هم ابتدا به افسردگی را نشان داد، پیشنهاد می شود، این الگو در سطح وسیعتری به کار گرفته شود و درمانگران و مشاورانی که در مراکز درمانی و کلینیک های مشاوره ای با افراد مبتلا به اختلال سروکار دارند سازه های تاب آوری و خودکارآمدی را مد نظر قرار دهند، زیرا آگاهی داشتن بر این سازه ها، زمینه ارائه خدمات بهتر و مناسبتر را فراهم می کند. با توجه به اختلالات توأم با وسواس^۶ بی اختیاری، پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی، مراجعین از این جهت دسته بندی شوند و برای تأیید نتایج حاصله، لازم است پژوهش در نمونه های دیگر تکرار شود.

بدینوسیله مراتب تشکر و قدر دانی از بیماران و مسئولین کلینیک روانپزشکی آریا و نیز از آقای مهندس محمد حسامپور که پژوهشگران را در انجام این پژوهش یاری کرده اند، اعلام می دارد.

منابع

- احمدی اردکانی، ح.، ابراهیمخانی، ن.، امینی، ه.، اسماعیلی ترکانبوری، ی.، بفرونی، ع.، شمس، گ. و قدیری، ک. (۱۳۸۶). شیوع علایم وسواس فکری _ عملی در نوجوانان و میزان هم ابتلایی با سایر علایم روان پزشکی. *تازه های علوم شناختی*، ۹ (۴)، ۵۰-۵۹.
- باباپور خیر الدین، ج.، پورشریفی، ح.، هاشمی، ت. و احمدی، ع. (۱۳۹۱). رابطه مولفه های شناخت و ذهن آگاهی با باورهای وسواسی دانش آموزان. *مجله روانشناسی مدرسه*، ۴، ۳۸-۲۳.
- بخشی پور، ع.، صادقی موحد، ف.، فرجی، ر. و نریمانی، م. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین محتوای اغتشاش فکر_عمل با خوشه های علایم اختلال وسواس فکری_عملی در بیماران وسواس. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۳، ۱۶۵-۱۶۴.
- بشارت، م. و میرجلیلی، ر. (۱۳۹۳). روابط ساده و چندگانه ویژگیهای شناختی و نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و وسواس بی اختیاری. *فصلنامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ۱۱ (۴۱)، ۱۷-۳.
- جوکار، ب.، سامانی، س. و صحراگرد، ن. (۱۳۸۶). تاب آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. *مجله روان پزشکی و روان شناسی ایران*، ۳، ۲۹۳-۲۹۰.
- حسین زاده، ع.، عزیزی، م. و توکلی، ح. (۱۳۹۳). حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی در نوجوانان: نقش واسطه ای خودکارآمدی و حرمت خود. *مجله روانشناسی تحولی: روانشناسی ایرانی*، ۱۱ (۴۱)، ۱۱۴-۱۰۳.
- خرم دل، ک.، نشاط دوست، ح.، مولوی، ح.، امیری، ش.، و بایرامی، ف. (۱۳۸۹). اثر درمان فراشناختی ولز به درآمیختگی افکار بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۲، ۴۰۹-۴۰۰.
- خوشنویسان، ز. و افروز، غ. (۱۳۹۰). رابطه خودکارآمدی با افسردگی، اضطراب و استرس. *مجله اندیشه و رفتار*، ۲۰، ۵-۲۰.
- دوستی، م.، پور محمدرضای تجریشی، م. و غباری بناب، ب. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تاب آوری بر بهزیستی روان شناختی دختران خیابانی دارای اختلال های برونی سازی شده. *فصلنامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ۱۱ (۴۱)، ۴۳-۵۴.
- ساعتچی، م. (۱۳۷۷). رویکرد التقاطی در مشاوره و روان درمانی. *مجموعه مقالات دومین سمینار راهنمایی و مشاوره. تهران، دانشگاه علامه طباطبایی*، ۱۳۷-۱۲۷.

شاره، ح. و فیروزآبادی، ع. (۱۳۸۷). اثربخشی تکنیکهای ذهن آگاهی در درمان اختلال وسواس فکری - عملی. *تازه های علوم شناختی*، ۲، ۷-۱.

شاره، ح.، دولتشاهی، م. و گاهانی، م. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی فراشناختی در بهبود افسردگی، باورهای فراشناختی و پاسخ های نشخواری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۱ (۱)، ۲۱۶-۲۲۷.

ضمیری نژاد، س.، گلزاری، م.، برجلی، الف.، حجت، ک. و اکبری، آ. (۱۳۹۱). مقایسه اثر بخشی آموزش تاب آوری به صورت گروهی و شناخت درمانی گروهی بر کاهش میزان افسردگی دانشجویان دختر خوابگاهی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۴، ۶۳۸-۶۳۱.

عبداله زاده، ف.، جوانبخت، م. و عبدالله زاده، ح. (۱۳۹۰). مقایسه تاثیر درمان فراشناختی و درمان دارویی در وسواس فکری عملی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*، ۳ (۲)، ۱۱۰-۱۱۸.

قاسم، م. و حسین چاری، م. (۱۳۹۱). تاب آوری روان شناختی و انگیزش درونی - بیرونی: نقش واسطه ای خود کارآمدی. *روان شناسی تحولی: روان شناسان ایرانی*، ۹ (۳۳)، ۶۱-۷۲.

کرامتی، ه. (۱۳۸۰). بررسی رابطه خودکارآمدی ادراک شده، نگرش نسبت به درس ریاضی با پیشرفت ریاضی در دانش آموزان سوم راهنمایی شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت معلم.

مومنی، خ. و شهبازی راد، ا. (۱۳۹۱). رابطه تاب آوری و راهبردهای مقابله با کیفیت زندگی دانشجویان. *فصلنامه علوم رفتاری*، ۶ (۲)، ۹۷-۱۰۳.

واقعی، س.، رجب دیزاندوندی، ف.، کردی، م. و ابراهیم زاده، س. (۱۳۹۲). فراونی اختلال وسواس - جبری در دوره های قبل از ازدواج، بارداری و پس از زایمان. *مجله ی اصول بهداشت روانی*، ۱۵ (۴)، ۹۴-۱۰۵.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Bandora, A. (2006). Adolescent development from and agnatic perspective. In F. Pajares and T. Urdan (Eds.). *Self- efficacy beliefs of Adolescent* , 5, 143-146.

Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York :Guilford Press.

Connor, M. K., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISK). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.

Drake, R. E., & Green, A.I. (2014). Developing innovative interventions for people with dual diagnosis. *Journal of Dual Diagnosis*, 10 (4), 175-176.

Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Meta-cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 117-132.

Kim, Y. M. (2003). Correlation of mental health problems with psychological constructs in adolescence: Final results from a 2- year study. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 115-124.

Moritz, S., Peters, M. Lari, F., & Lincoln, T. (2010). Meta cognitive beliefs in obsessive compulsive patients: a comparison with healthy and schizophrenia participants. *Cognitive Neuroscience Psychiatry*, 15 (6), 531-548.

Noone, S. J., & Hastings, R. P. (2009). Building psychological resilience in support staff caring for people with intellectual disabilities: Pilot evaluation of an acceptance-based intervention. *Journal of Intellectual Disabilities*, 13 (1), 43-51.

Nowack, K. M. (1989). Coping style, cognitive hardiness, and health status. *Journal of Behavioral Medicine*, 12 (2), 145-58.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2005). Psychometric validation of the Obsessive Belief Questionnaire and Interpretation of Intrusions Inventory (Part 2): Factor analyses and testing of a brief version. *Behavior Research and Therapy*, 43, 1527° 1542.

- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2007). *Systems of Psychotherapy (A Trans-theoretical Analysis)*. Washington, DC: APA Books.
- Resnick, B. (2010). *The relationship between resilience and motivation*. In Resnick B., Gwyther, L. P., & Roberto, K. A. (Eds.), *Resilience in aging: Concepts, research and outcomes*. (pp. 99-215). New York: Springer.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercadante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R.W. (1982). The self-efficacy scale: construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 6630671.
- Skehill, C. M. (2001). *Resilience, Coping with an Extended Stay Outdoor Education Program, and Adolescent Mental Health*. Canberra: University of Canberra: Dissertation for the degree of Honors.
- Skewes S. A., Samson, R. A., Simpson S. G. & van Vreeswijk, M. (2015). Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: a pilot study. *Frontiers in Psychology*, 5, 1-9.
- Snaider, C., & Lopez, S. (2002). *Handbook of positive psychology*. Oxford University Press.
- Steensma, H., Heijer, M. D., & Stallen, V. (2007). Effects of resilience training on the reduction of stress and depression among Dutch workers. *Quarterly of Community Health Education*, 27 (2), 145-159.
- Steinhardt, M., & Dolbier, C. (2008). Evaluation of a Resilience Intervention to Enhance Coping Strategies and Protective Factors and Decrease Symptomatology. *Journal of American College Health*, 56 (4), 445-453.
- Waller, M. (2001). *Resilience in the echo systemic context: Evolution of the concept*. *America Journal of Orthopsychiatry*, 61(3), 290- 297.
- Wells, A. (2005). The meta-cognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 107-121.
- Wells, A. & Carter, A. (2001). Further tests of a cognitive model of GAD: Meta-cognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression and non-patients. *Behavior Therapy*, 32, 85-102.
- Whitley- Hunter, B. L. (2014). Validity of transactional analysis and emotional intelligence in training nursing students. *Journal of Advances in Medical Education and Professionalism*, 2 (4), 138-145.

جدول برنامه آموزشی به تفکیک جلسه و محتوا

ترتیب جلسات	خلاصه محتوای جلسات
جلسه اول	مهارت ذهن آگاهی، معارفه اعضای گروه و آشنایی با برنامه ها، بیان هدف، قوانین و چارچوب گروه.
جلسه دوم	مهارت ذهن آگاهی، خودآگاهی و پذیرش خود، نحوه ایجاد تغییر در زندگی
جلسه سوم	مهارت ذهن آگاهی، شناسایی ابعاد من، کودک، والد، بالغ
جلسه چهارم	مهارت ذهن آگاهی، شناسایی ابعاد من، کودک، والد، بالغ و کاربرد آنها در تحلیل ارتباطات
جلسه پنجم	مهارت ذهن آگاهی، آشنایی شناخت هیجانها، استرس ها و تاکید بر نقش آنها در تاب آوری
جلسه ششم	مهارت ذهن آگاهی، آشنایی با راهبردهای کنار آمدن و مقابله با اضطراب
جلسه هفتم	مهارت ذهن آگاهی، بازسازی شناختی افکار خودآیند و خطاهای شناختی

جلسه هشتم	مهارت ذهن آگاهی، شناسایی نشخوار فکری، پایش تهدید، افکار مزاحم برانگیزاننده
جلسه نهم	مهارت ذهن آگاهی، شناسایی نیازهای اساسی و آشنایی با فنون خودسنجی
جلسه دهم	مهارت ذهن آگاهی، آموزش دلگرم سازی، معرفی دلگرم سازی، دلسرده سازی و تاکید بر هدفمندی رفتار
جلسه یازدهم	مهارت ذهن آگاهی، تمرین دلگرم سازی دیگران، تاکید بر اهمیت، روابط با دیگران و آموزش سبکهای ارتباطی دید محور، شنود محور، لمس محور، منطق محور
جلسه دوازدهم	مرور و نتیجه گیری

The effectiveness of training based on technical eclecticism approach on resiliency and Self-efficacy in OCD patients with depression comorbidity

Leila Cheraey, PhD candidate of Islamic Azad University, Sanandaj Branch

Saeideh Bazzazian, Assistant Professor of Islamic Azad University, Abhar Branch

Mojtaba Amiry Majd, Assistant Professor of Islamic Azad University, Abhar Branch

Abstract

The purpose of this study was to determining the effectiveness of training based on technical eclecticism approach on resiliency and Self-efficacy in OCD patients with depression comorbidity. As a semi-experimental study, the sample (24 patients) was selected from 60 women who were referred to one of the psychiatry clinics in Tehran. 12 individuals were put in experimental group, and 12 other were put in the pharmacotherapy group. The experimental group received 12 Sessions of technical eclecticism approach training. Both groups completed resilience scale (Conner & Davidson, 2003) and self-efficacy (Sherer et al., 1982) scales in pre- test and post-test. The results of analysis of covariance showed that group training based on technical eclecticism approach increased patients self-efficacy ($P < 0/05$), but had not significant effect on their resiliency. Findings of this research could be helpful in clinical Implicated application of technical eclecticism approach on self- efficacy in OCD patients.

Keywords: OCD, self-efficacy, resiliency, technical eclecticism approach, depression, comorbidity